Aus der Abteilung für Jugendpsychiatrie und -neurologie
Leiter: Professor Dr. med. R. Lempp
der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schulte

Über die Form psychoreaktiver Störungen bei Kindern, die nicht in ihrer eigenen, vollständigen Familie aufwachsen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Doris Beck
aus Stuttgart

1969

Aus der Abteilung für Jugendpsychiatrie und -neurologie
Leiter: Professor Dr. med. R. Lempp
der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schulte

Über die Form psychoreaktiver Störungen bei Kindern, die nicht in ihrer eigenen, vollständigen Familie aufwachsen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Doris Beck
aus Stuttgart

1969

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. J. Hirschmann

1. Berichterstatter: Professor Dr. R. Lempp
2. Berichterstatter: Professor Dr. W. Schulte

FOTODRUCK PRÄZIS Barbara v. Spangenberg KG • Tübingen

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

FRAGESTELLUNG UND ÜBERSICHT ÜBER DIE LITERATUR 1

EIGENE UNTERSUCHUNGEN 4

Methodik 4

Besprechung der Ergebnisse 11

Vergleich zwischen den Kindern aus gestörten Familienverhältnissen und den Kindern aus vollständigen Familien 11

Vergleich der Einweisungsgründe bei den Gruppen unterschiedlicher Familienformen 20

ZUSAMMENFASSUNG 26

LITERATURVERZEICHNIS 27

FRAGESTELLUNG UND ÜBERSICHT ÜBER DIE LITERATUR

Diese Arbeit stellt den Versuch dar, die Manifestationsformen psychoreaktiver Störungen bei Kindern auf statistisch auswertbare Zusammenhänge mit ihrer von der Norm abweichenden Familienform, ihrem Aufwachsen in einer Ersatzfamilie oder ohne Familie zu untersuchen.

Daß die Umwelt, die für das kleine Kind normalerweise im wesentlichen aus seiner Familie besteht, nicht nur für die körperliche, sondern auch für die psychische Entwicklung von großer Bedeutung ist, gehört zu den selbstverständlichen Beobachtungen des Alltags. Die Frage für die wissenschaftliche Betrachtung ist jedoch das Zusammenspiel der durch Vererbung weitergegebenen Anlagen und Reaktionsweisen mit den Erlebnissen, die durch die Umwelt vermittelt werden. Während unter dem Eindruck der naturwissenschaftlichen Fortschritte des letzten Jahrhunderts mehr Gewicht auf Erbgänge gelegt wurde, brachte die Tiefenpsychologie Hinweise, daß exogene Einflüsse schon in sehr früher Kindheit bei der Ausbildung elementarer psychischer Funktionen mitwirken, und lenkte dadurch die Aufmerksamkeit auf die Funktion der Kernfamilie.

Ausgehend von der in unserem Kulturkreis als regelrecht angesehenen Form der Familie, bestehend aus Elternpaar und gewöhnlich mehreren Kindern, lag es nahe, Kinder aus in diesem Sinne gestörten Familien für psychisch eher gefährdet zu halten als andere. Diese Annahme hat sich aber nicht durchweg bestätigt.

In verschiedenen älteren Arbeiten wurden zunächst kriminelle Jugendliche nach ihrer Herkunft aus gestörten Familien untersucht. Dabei fanden sich sehr unterschiedliche Ergebnisse, die nahelegen, daß die Herkunft aus gestörten Familien zumindest nicht generell und für alle psychoreaktiven Störungen disponiert. GLUECK und GLUECK, A. SCHMIDT, E. FREY, R. STURY (alle zit. nach THOMAE (27)) fanden bei kriminellen Jugendlichen einen (allerdings sehr unterschiedlich) hohen Anteil an Kindern aus gestörten Familien.

Die Anzahl der unehelich geborenen unter kriminellen Jugendlichen variiert je nach Untersuchung noch mehr. Während WEHNER und WEBER einen höheren Anteil Unehelicher feststellten, fanden ZILLIKEN und PETERS (alle zit. nach DUPIUS (10)) weniger unehelich geborene unter den unter-

suchten kriminellen Jugendlichen im Vergleich zur Normalbevölkerung. H. FUHLENDORF (11) stellte bei Untersuchungen an deutscher Nachkriegsjugend fest, daß hier die uneheliche Geburt keine Rolle als kriminalitätssteigernder Faktor spielt.

Andere ältere statistische Untersuchungen befaßten sich mit der Schultüchtigkeit von Kindern aus nicht vollständigen Familien (BUSEMANN (7), PRESTEL, zit. nach DUPIUS (10)). Hier zeigten sich gegensätzliche Tendenzen bei verschiedenen Familienformen.

Einen anderen Ausgangspunkt haben die zahlreichen, meist psychologisch oder soziologisch ausgerichteten Arbeiten, in denen eine bestimmte Familienform untersucht und das Schicksal und die Entwicklung der betroffenen Kinder verfolgt wird. So untersuchte beispielsweise BINDER (5), GROTH (13) und SCHADENDORF (23) uneheliche Kinder, HAFFTER (14) Kinder aus geschiedenen Ehen, CH. HOENIG (17) Stiefkinder. A. DÜHRSSEN (8) verglich Heim- und Pflegekinder mit Kindern in der eigenen Familie, L. PONGRATZ (22) verfolgte das Schicksal und die Entwicklung von Kindern der Hamburger Prostituierten, die in sehr unterschiedlichem Milieu aufwachsen.

Eine zusammenfassende Betrachtung über mögliche Störungen der Familienform und deren Auswirkungen gibt L. STAMPFLI (26); sie basiert auf Einzelbeobachtungen und statistischen Untersuchungen von Einzelproblemen.

Über Familiengeschichten psychoreaktiv bzw. neurotisch gestörter Kinder gibt es durch die analytischen Verfahren viele kasuistische Beispiele. Statistische Auswertungen erfordern größere Zahlen und können sich deshalb im allgemeinen nicht auf so eingehende Einzeluntersuchungen stützen. Kasuistische und statistische Betrachtungsweise können sich ergänzen; während der Einzelfall eine Entstehungsweise einer Störung zeigt, bringt die statistische Auswertung Hinweise auf die Häufigkeit ihrer Verwirklichung und ihre praktische Bedeutung.

SCHEIDEMANN und RAMBACH (24) haben Kinder mit Verhaltensstörungen auf das Vorliegen eines Milieuschadens durch eine Störung der Familienform oder Fehlfunktionen innerhalb der Familie untersucht; es zeigten sich dabei deutliche Unterschiede in der Häufigkeit der Manifestationsformen psychischer Störungen bei den verschiedenen Gruppen, die jedoch nur teilweise mit den Ergebnissen unserer Untersuchung verglichen werden können, da die Einteilungen anders vorgenommen wurden.

Das Vergleichen derartiger Untersuchungen wird auch dadurch eingeschränkt, daß die äußeren Bedingungen für einzelne Familienformen selbst in Mitteleuropa in den letzten Jahrzehnten sowohl örtlich wie zeitlich sehr unterschiedlich waren. So kommt BINDER (5) bei seiner Untersuchung über uneheliche Mutterschaft in der konservativen Schweiz zu einer Zeit der Unterbeschäftigung

zu deprimierenden Ergebnissen, was die beruflichen und gesellschaftlichen Aussichten der unehelichen Mütter anbelangt. Zu einer Zeit der Vollbeschäftigung in einer Umgebung mit etwas toleranterer Sexualmoral müssen die Bedingungen für die Mütter (und für die Kinder) viel besser sein.

EIGENE UNTERSUCHUNGEN

METHODIK

Die vorliegende Arbeit beruht auf der Auswertung von Krankengeschichten der Kinderabteilung einer Universitätsnervenklinik. Unter Kindern aus gestörten Familien sollen im Folgenden alle Kinder verstanden werden, die nicht ausschließlich bei den leiblichen Eltern gelebt haben und überwiegend von ihnen erzogen wurden. Kinder aus zerrütteten Familien werden dabei nicht erfaßt, solange die häusliche Gemeinschaft erhalten geblieben ist. Eine solche Einteilung erscheint grob, kann aber wenigstens einigermaßen konsequent durchgeführt werden. Sie läßt sich durch die Annahme rechtfertigen, daß jede Familienform spezifische Störungsmöglichkeiten bieten könnte. HAEFTER (14) fand zwischen Familienform und Symptomwahl bei psychisch gestörten Kindern eher einen Zusammenhang als zwischen Symptomwahl und spezifischem Konflikt.

Unter "psychoreaktiver Störung" sollen ganz allgemein Verhaltensstörungen und somatische Funktionsstörungen und Beschwerden verstanden werden, die bei der ambulanten oder stationären kinderpsychiatrischen Untersuchung auf psychische Einwirkungen ohne wesentliche Beteiligung organischer Krankheiten zrückgeführt wurden. Eine Abgrenzung der Neurosen gegenüber einfachen Reaktionen wurde nicht durchgeführt, da die Grenze sowohl im Einzelfall als auch allgemein sehr schwierig zu ziehen ist, zumal über die Definition der Neurose verschiedene Ansichten bestehen.

Wenn auf statistische Weise ein Zusammenhang zwischen familiärer Situation und Manifestationsform einer psychoreaktiven Störung gesucht wird, ist damit zu rechnen, daß sich im zahlenmäßigen Ergebnis mehrere Faktoren übereinanderprojizieren.

Es ist der Unterschied zu beachten, der zwischen der Verteilung der gesuchten Merkmale in einer unausgewählten Bevölkerungsgruppe und in einem herausgegriffenen, eigenen Gesetzen unterliegenden Kollektiv besteht, wie es die Patienten einer Klinik darstellen. Gerade psychische Auffälligkeiten führen nicht sehr häufig zu einer ärztlichen Untersuchung, und die nicht psychiatrisch ausgebildeten Ärzte werden eine unterschiedliche Tendenz haben, Kinder in eine Klinik zu überweisen. Es ist auch damit zu rechnen, daß die Neigung,

seine Kinder psychiatrisch untersuchen zu lassen, nicht unabhängig vom sozialen Stand ist, wobei wiederum der Anteil gestörter Familien in den verschiedenen sozialen Schichten sehr unterschiedlich ist (v. HARNACK (15)).

Während schlecht versorgte Kinder (nicht nur in asozialen Verhältnissen) erst durch eine massive Symptomatik auf sich aufmerksam machen können, gibt es überintegrierte Familienformen, wo bereits Mikrosymptome große Besorgnis hervorrufen.

Ein Unterschied kann auch dadurch zustande kommen, daß manchen Eltern die Bequemlichkeit, anderen ihre Autorität und wieder anderen der Ehrgeiz besonders wichtig ist.

Selbst wenn sich eine Störung eindeutig als psychoreaktiv darbietet, braucht sie nicht ausschließlich durch seelische Einflüsse zustande gekommen zu sein. Eine frühkindliche Hirnschädigung kann die Bereitschaft zu einer neurotischen Reaktion abgegeben haben. Frühkindliche Hirnschäden sind wiederum bei unerwünschten Kindern vermehrt zu erwarten (WINKLER (28)).

Es wurde versucht, diese komplexen Verhältnisse wenigstens so weit zu vereinfachen, daß Kinder mit körperlichen Befunden, die im Sinne einer Hirnschädigung verwertet werden konnten, aus der Betrachtung ausgeklammert wurden.

Wie bei jeder Untersuchung, die von Patienten ausgeht, konnten nur relative Häufigkeiten bestimmter Störungen verglichen werden. Die Betrachtung gewönne an Wert, wenn durch die Kenntnis der Verteilung der Familienformen bei der unausgewählten Bevölkerung eine Umrechnung auf die absoluten Häufigkeiten der Einweisungsgründe bei den einzelnen Familienformen möglich wäre. Leider stehen keine brauchbaren Vergleichszahlen aus der Normalbevölkerung zur Verfügung, denn zu einem korrekten Vergleich wären Unterlagen aus dem Einzugsgebiet der Klinik, aus dem gleichen Zeitraum und mit den gleichen Einteilungsprinzipien vorgenommen, notwendig. Zwar werden z.B. Scheidungen und uneheliche Geburten von der amtlichen Statistik genau erfaßt, aber über das weitere Schicksal der betroffenen Kinder gibt es nur Einzeluntersuchungen. Unter diesen Vorbehalten sei ein Vergleich mit den Gruppen Halbwaisen, Scheidungswaisen, unehelichen, jeweils bei der alleinstehenden Mutter, mit den Ergebnissen des Mikrozensus 1961 von Baden-Württemberg beigefügt. Da unter den Patienten bis auf wenige Ausnahmen Kinder von 3 - 15 Jahren sind, wird mit dieser Gruppe verglichen (Tab. 1).

Tabelle 1

Mikrozensus 1961 Baden-Württemberg	Kinder aus gestörten Familien mit psychoreaktiver Störung
verwitwete alleinstehende Frau mit Kindern	Halbwaisen bei der Mutter
2,6% aller Kinder von 3 - 15 J.	3,9% der Pat. mit psychoreaktiver Störung
geschiedene alleinstehende Frau mit Kindern	Scheidungswaisen bei der Mutter
1,5% aller Kinder von 3 - 15 J.	3,7% der Pat. mit psychoreaktiver Störung
ledige alleinstehende Frau mit Kindern	Uneheliche bei der Mutter
0,78% aller Kinder von 3 - 15 J.	1,6% der Pat. mit psychoreaktiver Störung

Es ist auch nicht möglich, festzustellen, um wieviel insgesamt Kinder aus gestörten Familien häufiger unter den untersuchten Patienten vertreten sind als in der Normalbevölkerung, jedoch scheint der Anteil hoch zu sein, wie es auch sonst aus Erziehungsberatungsstellen angegeben wird. V. HARNACK (15) fand bei der Untersuchung von unausgewählten Schulkindern deutlich mehr Verhaltensstörungen bei Kindern aus unvollständigen und gestörten Familien. Dagegen fällt auf, daß HAU und RÜPPELL (16) bei psychosomatisch kranken Erwachsenen einen geringen Einfluß auf das Auftreten und Organwahl solcher Krankheiten durch die Herkunft aus gestörten Familien fand, während sich die Stellung innerhalb der Geschwisterreihe hier als prägender Faktor erwies. Dieser Unterschied könnte wenigstens teilweise daher kommen, daß es sich bei den Störungen, die zur kinderpsychiatrischen Untersuchung führen, nur zu einem kleineren Teil um psychosomatische Störungen handelt. Gerade die sich nicht als körperliches Leiden manifestierenden "Erziehungs-Schwierigkeiten" finden sich bevorzugt bei den Kindern aus gestörten Familien.

Außerdem bringt J. LUTZ (20) aus seinen katamnestischen Untersuchungen an psychisch gestörten Jugendlichen in der Schweiz Beispiele dafür, daß sich dissozial eingestellte Jugendliche aus sehr schlechten Verhältnissen noch im Erwachsenenalter in erstaunlicher Weise sozial anpassen können.

Die Arbeit basiert auf den Krankengeschichten der Patienten der Abteilung für Jugendpsychiatrie und -neurologie der Universitäts - Nervenklinik Tübingen, die in den Jahren 1960 bis 1964 ambulant oder stationär untersucht wurden. In das Klinische Jugendheim werden Kinder von 3 - 15 Jahren aufgenommen, vereinzelt werden auch Jüngere und Ältere untersucht. Damit ist die eigentliche Kriegsgeneration im Kollektiv nicht enthalten und nur einzelne der Kinder sind in der unmittelbaren Nachkriegszeit geboren.

Von den insgesamt 4379 psychiatrischen und neurologischen Patienten wurden 1179 ausgesucht, bei denen die Diagnosen "reaktive Verhaltensstörung", "Neurose", oder "Enuresis" gestellt worden war. Davon hatten 411 wenigstens zeitweise in unvollständigen Familien, Ersatzfamilien oder Heimen gelebt, 581 kamen aus normalen, d.h. vollständigen Familien. Über 180 lagen nicht genügend verwertbare Angaben vor, da die Anamnesen nicht unter dem speziellen Gesichtspunkt dieser Arbeit erhoben worden waren.

Alle Kinder wurden (neben der psychiatrischen Exploration und den psychologischen Testen) allgemein-körperlich und neurologisch untersucht; weitere Untersuchungen wurden durchgeführt, wenn sich eine entsprechende Indikation ergab. Kinder mit pathologischen Befunden bei der neurologischen Untersuchung, im Liquor, im Luftencephalogramm oder im EEG wurden nicht in die Betrachtung aufgenommen. Anamnestische Hinweise auf die Möglichkeit einer frühkindlichen Hirnschädigung, die ohne Bestätigung durch die Untersuchung blieben, wurden nicht verwertet. Sie hätten das Bild verfälscht, da sie im wesentlichen in der Schwangerschafts- und Geburtsanamnese zu finden sind, die gewöhnlich nur die eigene Mutter des Kindes angeben kann.

Bei den Kindern aus Normalfamilien wurden wegen organischen pathologischen Befunden 196 (34%) aussortiert, bei den Kindern aus gestörten Familien 171 (42%). Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant, die Richtung des Unterschieds entspricht aber der bereits zitierten Beobachtung, daß die unerwünschte Geburt, die man bei einer größeren Anzahl der unehelichen Kinder vermuten kann, mit größeren körperlichen Gefahren für das Kind verbunden ist. Für Totgeburten und Säuglingssterblichkeit läßt sich das durch die amtliche Statistik belegen (z.B. Statist. Jahrb. BRD 1962).

Die Einteilung nach Familienformen bereitete insofern Schwierigkeiten, als das Schicksal vieler Kinder bunt war und alle möglichen Abweichungen vom Normalen in unterschiedlicher Reihenfolge bot. Zunächst wurden Hauptgruppen nach der jeweils überwiegenden Abweichung von Normalen gebildet.

Unvollständige Familien:	Halbwaisen bei der alleinstehenden Mutter
	Scheidungswaisen bei der alleinstehenden Mutter
	Uneheliche bei der alleinstehenden Mutter
	(Halbwaisen und Scheidungswaisen beim alleinstehenden Vater)
Ergänzte Familien:	Stiefmutterfamilie
	Stiefvaterfamilie
Ersatzfamilie:	Großelternfamilie
	Pflegefamilie
	Adoptivfamilie
Familienersatz:	Heim
Sammelgruppe:	mehrfacher Wechsel der Umgebung.

Diese Einteilung wurde so vorgenommen, daß sich die Gruppen nicht überschnitten. Kinder, die kurz vor der Untersuchung wegen der untersuchten Störung in eine andere Umgebung, z.B. in ein Heim, gebracht worden waren, wurden bei der Familienform eingeordnet, die vorher bestand.

Zunächst wurden die Heimkinder herausgenommen, die so abgegrenzt wurden, daß sie alle Kinder umfassen, unabhängig, ob aus einer vollständigen Familie stammend oder nicht, die einen wesentlichen Teil ihres Lebens in einem Heim zugebracht haben, ausgenommen die Adoptivkinder, bei denen fast immer ein Heimaufenthalt der Adoption vorausgeht, und der Kinder mit häufigem Wechsel der Umgebung. Dieses Vorgehen zieht seine Berechtigung aus der Annahme, daß ein Heimaufenthalt ein einschneidenderes Erlebnis darstelle als ein Wechsel innerhalb der Familienstruktur. Gestützt wird diese Vermutung durch M. MEIERHOFER und W. KELLER (21), die feststellten, daß die Störungen bei ihren untersuchten Heimkindern so gut wie unabhängig von der Herkunft der Kinder war.

Unter "Adoptivkindern" werden sämtliche adoptierten Kinder verstanden.

Die Gruppen "Großelternfamilie" und "Pflegefamilie" sind so abgegrenzt, daß sie Kinder verschiedener Herkunft umfassen, die überwiegend von den Großeltern oder einem Großelternteil bzw. in einem Pflegeverhältnis aufgezogen werden, soweit sie nicht zur Gruppe der Heimkinder gehören.

Die "Stiefmutterkinder" leben beim leiblichen Vater und der Stiefmutter, es kann hier eine Scheidung oder der Tod der Mutter vorausgegangen sein. Entsprechend sind die "Stiefvaterkinder" abgegrenzt, hier kommen unehelich geborene Kinder dazu, die die Mutter mit in die Ehe gebracht hat.

In den verschiedenen Gruppen der Kinder aus unvollständigen Familien (bei einem alleinstehenden Elternteil) finden sich demnach nur solche Kinder, bei denen keine weiteren Komplikationen, wie Pflegeverhältnisse oder zeitweilige Heimaufenthalte, vorliegen.

Zum Vergleich stand eine Untersuchung von psychoreaktiv gestörten Kindern aus vollständigen Familien aus derselben Klinik und nahezu demselben Zeitraum zur Verfügung, die S. BECK und R. LEMPP (2) unter dem Aspekt der Stellung in der Geschwisterreihe durchgeführt haben, wobei die Manifestationsformen der psychoreaktiven Störungen nach denselben Gesichtspunkten wie in dieser Arbeit eingeteilt wurden.

Als Ordnungsprinzip für die Manifestationsform der psychischen Störungen wurden die Einweisungsgründe benützt. Das war möglich, weil nur die Kinder in die Betrachtung aufgenommen wurden, bei denen sie zu einer psychiatrischen Diagnose im Sinne einer psychoreaktiven Störung oder einer Neurose geführt hatten und organische Ursachen ausgeschlossen worden waren. Bei den einzelnen Kindern sind teilweise mehrere Einweisungsgründe genannt, im Durchschnitt kommen auf ein Kind 1,7 Einweisungsgründe.

Einzelne Einweisungsgründe erfordern eine Abgrenzung: Als Erziehungsschwierigkeit wurden die Formen des Ungehorsams gewertet, die noch nicht kriminell sind, aber die Fähigkeit einer durchschnittlichen Erziehungsperson überfordern.

Unter Schulschwierigkeiten werden verschiedenartige, über das normale Ausmaß hinausgehende Leistungs- und Anpassungsschwierigkeiten in der Schule zusammengefaßt, für die als Ursache ein Mangel an Intelligenz nicht festgestellt werden konnte.

Unter "Enuresis" werden primäre und sekundäre Formen zusammengefaßt, ebenso wird nicht zwischen Enuresis nocturna und Enuresis diurna unterschieden. Bei den meisten Kindern, auf jeden Fall, wenn Enuresis diurna vorlag, wurde eine urologische Untersuchung veranlaßt.

Die statistischen Berechnungen auf Signifikanz wurden im allgemeinen mit den Vierfeldertest nach dem χ^2-Verfahren durchgeführt. Wenn dieser Test wegen der Seltenheit des Ereignisses nicht angewandt werden konnte, wurde die Berechnung mit Hilfe der Poisson-Verteilung vorgenommen (Documenta Geigy, Wissenschaftliche Tabellen). Als Signifikanzgrenze wurde die in medizinischen Statistiken übliche von $p = 5\%$ gewählt.

Tabelle 2

Vergleich der Einweisungsgründe bei Kindern aus gestörten Familienverhältnissen allgemein und Kindern aus vollständigen Familien in Prozent.

	Kinder aus gestörten Familien n = 240			Kinder aus vollst. Familien n = 254
Erziehungsschwierigkeiten	33,3%	>	p< 0,27%	7,8%
Diebstahl und Naschen	15,0%	>	p< 0,27%	5,5%
Aggressivität	6,7%	>	p< 1,00%	1,6%
motorische Unruhe Konzentrationsstörung	11,3%	>	p< 5,00%	5,5%
Weglaufen	8,3%	>	p< 5,00%	3,1%
orale Enthemmung	1,7%	>		-
Encopresis	5,0%	>		2,8%
Kriminalität	2,5%	>		1,2%
Enuresis	23,4%			20,8%
sexuelle Auffälligkeiten	5,8%			5,1%
Nägelkauen, Leerlaufhandlungen	2,1%			1,9%
Entwicklungsstörung	2,1%			1,5%
Kindliche Psychosen	1,6%			1,5%
Schulschwierigkeiten	15,0%			12,2%
Bewegungsstörungen, Haltungsstörungen, Tics	0,8%	<		3,1%
Angstzustände, Zwänge	7,9%	<		11,0%
Autismus	-	<	p< 5,00%	2,8%
Kopfweh	3,8%	<	p< 0,27%	11,4%
Stottern	1,2%	<	p< 0,27%	18,9%

BESPRECHUNG DER ERGEBNISSE

Vergleich zwischen den Kindern aus gestörten Familienverhältnissen und den Kindern aus vollständigen Familien (Tab. 2)

Signifikante Unterschiede zwischen diesen beiden Sammelgruppen bestehen bezüglich der Einweisungsgründe Stottern, Kopfweh und Autismus, die bei den Kindern aus vollständigen Familien häufiger genannt sind, und Erziehungsschwierigkeiten, Diebstahl einschließlich Naschen, Aggressivität, Weglaufen, motorischer Unruhe und Konzentrationsstörungen (die beiden letzten zusammengefaßt), die bei Kindern aus gestörten Familienverhältnissen vermehrt sind.

Betrachtet man außerdem die übrigen in beiden Gruppen unterschiedlich häufig vorkommenden Einweisungsgründe, ergibt sich, daß die Formen offener Dissozialität bei Kindern aus gestörten Familienverhältnissen vermehrt sind, und die eher neurotisch erklärbaren Störungen sich auf der Seite der Kinder aus vollständigen Familien häufen. Am deutlichsten ist der Unterschied beim Stottern, das von tiefenpsychologischer Seite am ehesten als Ergebnis stark widerstrebender Antriebe während der Sprachentwicklung angesehen wird, vorzugsweise entstanden durch starke Autorität eines Elternteils bei gleichzeitiger hoher Leistungsforderung. Ähnlich erklärt A. DÜHRSSEN (9) die Entstehung neurotischen Kopfwehs bei Kindern aus Überforderung der Kinder, die sich mit dieser Leistungsideologie identifizieren und aggressiven Protest verdrängen.

Dagegen lassen sich sämtliche Störungen, die bei den Kindern aus gestörten Familienverhältnissen vermehrt beobachtet wurden, dahingehend interpretieren, daß sie Ausdruck einer mangelhaften sozialen Einordnung sind. Von Soziologen wird immer wieder betont, daß nur eine stabile Familie durch ihr kontinuierliches Beispiel imstande ist, das Kind dazu zu bringen, sich mit einer soziokulturellen Tradition zu identifizieren.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam BENNETT (4), der 50 "delinquent children" mit 50 "neurotic children" unter anderem auch nach ihren Familienverhältnissen verglich.

V. HARNACK (15) nimmt an, daß die geschlossene Familie im allgemeinen gröbere Störungen auffängt, da er sie bei Kindern aus gestörten Familien häufiger fand. Dagegen fand er die Häufigkeit von schlechten Gewohnheiten wenig davon abhängig, ob die betroffenen Kinder aus vollständigen Familien kamen oder nicht.

Die Feststellung von GREGORY (12), daß der Grad der Dissozialität eng mit dem Fehlen des Vaters durch Scheidung oder Trennung und mit dem Aufwachsen allein mit der Mutter verbunden sei, kann aus unserer Untersuchung nicht

ohne weiteres bestätigt werden. Allerdings waren die Probanden GREGORYS älter als die unseren. In unserem Kollektiv sind dissoziale Verhaltensweisen wie Erziehungsschwierigkeiten und Diebstähle bei Adoptivkindern, Heimkindern und Großelternkindern und besonders bei Kindern mit mehrfachem Wechsel der Umgebung gehäuft, ganz im Gegensatz zu den Kindern alleinstehender Witwen. Es ist nicht überraschend, daß sich bei unseren Probanden ein völliger Wechsel der Umgebung gravierender auswirkt als der Ausfall eines Elternteils.

Es ist jedoch zu beachten, daß die Formen offenen Protestes eine indolente Umgebung eher beeindrucken als die Störungen, die hauptsächlich das Kind selbst quälen, wie Kopfweh, oder Stottern, das besonders ehrgeizige Eltern beeindruckt.

Auch bei dem auffallend selten aufgeführten Einweisungsgrund "Entwicklungsstörung" findet sich ein Hinweis darauf, daß die Patienten einer Klinik eine besondere Auswahl darstellen: bei den Heimkindern unseres Kollektivs findet sich nur einmal "Entwicklungsstörung" als Einweisungsgrund, während Untersuchungen von Heiminsassen durchweg erschreckende Entwicklungsrückstände zeigen (DÜHRSSEN (8), MEIERHOFER und KELLER (21)).

In beiden großen Gruppen auffallend gleich häufig vertreten sind die Einweisungsgründe Enuresis, Schulschwierigkeiten und einige seltener genannte Störungen (kindliche Psychose, psychoreaktive Entwicklungsstörung, Nägelkauen und andere Leerlaufhandlungen, sexuelle Auffälligkeiten). Jedoch sind gerade bei der Enuresis die Unterschiede zwischen den einzelnen Formen gestörter Familien einerseits und den Geschwisterpositionen in der vollständigen Familie andererseits besonders deutlich, teilweise signifikant ausgeprägt.

Tabelle 3a

Einteilung nach Familienformen

	N.F. n = 254	g.F. n = 240	H.W. n = 26	Sch.W. n = 23	Ue. n = 10	H.W., Sch.W. b.V. n = 4
Erziehungsschwierigkeiten	20	80	5	6	2	1
Kriminalität	3	6	1	-	-	-
Diebstahl und Naschen	14	36	2	3	-	-
Aggressivität	4	16	-	-	1	-
motorische Unruhe u. Konzentrationsstörung	14	27	2	1	2	-
sex. Auffälligkeiten	13	14	3	-	-	-
Nägelkauen, Leerlaufhandlungen	5	5	-	-	-	1
Entwicklungsstörung	4	5	-	1	-	-
Autismus	7	-	-	-	-	-
Kindl. Psychose	4	4	1	1	-	-
Enuresis	53	56	3	10	3	-
Encopresis	7	12	1	1	1	-
orale Enthemmung	-	4	-	-	-	-
Weglaufen	8	20	1	2	1	-
Schulschwierigkeiten	31	36	3	5	2	1
Angst und Zwang	28	19	2	4	-	1
sonst. Verhaltensauffälligk.	28	29	4	3	-	-
Anfälle, Absencen	6	9	2	-	-	1
Kopfweh	29	9	2	-	1	-
Bewegungsstörung, Haltungsstörung, Tics	8	2	-	1	1	-
Stottern	48	3	1	-	-	-
Sonstiges	14	7	3	-	-	1

Tabelle 3b

	St. m. n = 14	St. v. n = 21	Gr. E. n = 35	Ad. n = 11	Pfl. n = 5	H. n = 57	m. W. n = 34
Erz.	4	5	13	7	2	18	17
Krim.	-	-	1	-	-	2	2
D. u. N.	2	3	7	3	2	5	9
Aggr.	1	1	3	1	-	4	5
m. U.	3	-	3	2	1	10	3
sex. A.	1	1	1	-	-	5	3
N. K.	-	-	1	-	-	3	-
Entw.	1	-	-	-	1	1	1
Aut.	-	-	-	-	-	-	-
K. Ps.	-	-	-	1	-	-	1
Enu.	4	13	6	1	1	10	5
Enc.	1	1	3	-	-	4	-
o. E.	-	1	-	-	-	1	2
Wegl.	2	2	3	1	2	2	4
Sch.	3	1	3	2	1	8	7
A. u. Z.	-	-	7	1	-	4	-
Sonst. V.	-	3	5	1	-	12	1
Anf.	-	-	2	-	1	3	-
Kopfw.	-	-	1	1	-	3	1
Tic	-	-	-	-	-	-	1
Stott.	1	-	-	-	-	1	-
Sonst.	1	1	1	-	-	1	-

Tabelle 4a

Einteilung nach Familienform und Geschlecht

	g.F.		H.W.		Sch.W.		Ue.		St.m.	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
	n = 144	n = 96	n = 17	n = 9	n = 15	n = 8	n = 6	n = 4	n = 7	n = 7
Erz.	48	32	3	2	5	1	1	1	3	1
Krim.	5	1	1	-	-	-	-	-	-	-
D. u. N.	24	12	1	1	3	-	-	-	1	1
Aggr.	10	6	-	-	-	-	1	-	-	1
m.U.	16	11	2	-	-	1	-	2	1	2
sex. A.	9	5	3	-	-	-	-	-	-	1
N.K.	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Entw.	1	4	-	-	-	1	-	-	-	1
K.Ps.	2	2	1	-	1	-	-	-	-	-
Enu.	36	20	1	2	8	2	3	-	1	3
Enc.	8	4	1	-	1	-	1	-	-	1
o.E.	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Wegl.	12	8	-	1	2	-	1	-	2	-
Sch.	26	9	1	2	4	1	1	-	2	1
A. u. Z.	9	9	1	1	1	3	-	-	-	-
Sonst. V.	17	12	3	1	2	1	-	-	-	-
Anf.	5	4	1	1	-	-	-	-	-	-
Kopfw.	3	6	-	2	-	-	1	-	-	-
Tic	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-
Stott.	3	-	1	-	-	-	-	-	1	-
Sonst.	5	2	3	-	-	-	1	-	-	-

Tabelle 4b

	St.v.		Gr.E.		Ad.		H.		m.W.	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
	n = 9	n = 12	n = 24	n = 11	n = 3	n = 8	n = 37	n = 20	n = 22	n = 12
Erz.	2	3	10	3	1	6	10	8	11	6
Krim.	-	-	1	-	-	-	1	1	2	-
D. u. N.	-	3	6	1	2	1	3	2	7	2
Aggr.	-	1	3	-	-	1	4	-	2	3
m.U.	-	-	2	1	1	1	7	3	3	-
sex.A.	-	1	-	1	-	-	3	2	1	2
N.K.	-	-	-	1	-	-	2	1	-	-
Entw.	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
K.Ps.	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Enu.	7	6	6	-	-	1	6	4	4	1
Enc.	-	1	3	-	-	-	2	2	-	-
o.E.	-	1	-	-	-	-	-	1	1	1
Wegl.	-	2	3	-	-	1	1	1	2	2
Sch.	-	1	2	1	1	1	8	-	6	1
A. u. Z.	-	-	4	3	-	1	3	1	-	-
sonst. V.	1	2	2	3	-	1	8	4	1	-
Anf.	-	-	2	-	-	-	1	2	-	-
Kopfw.	-	-	-	1	-	1	2	1	-	1
Tic	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Stott.	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
sonst.	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-

Tabelle 5

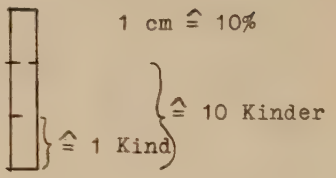
Einweisungsgründe, die innerhalb der verschiedenen Familienformen erheblich differieren

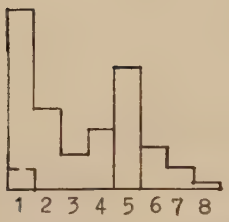
	HW n = 26	SchW. n = 23	St.m. n = 14	St.v. n = 21	Gr. E. n = 35	Ad. n = 11	H. n = 57	m.W. n = 34
Erziehungs- schwierigkeiten	5 19%	6 26%	4 29%	5 24%	13 37%	7 64%	18 32%	17(4) 50%
Diebstähle und Naschen	2 8%	3 13%	2 14%	3 14%	7 20%	3 27%	5 9%	9 27%
Aggressivität	-	-	1	1 9%	3	1	4 7%	5 15%
mot. Unruhe, Konz. störung	2 8%	1	3 21%	-	3	2	10 18%	3 9%
Enuresis	3 12%	10(1) 44%	4 29%	13(2) 62%	6 17%	1	10 18%	15 15%
Angst und Zwang	2	4	-	-	7(3) 20%	1	4	-

(1) signifikant mehr als die übrigen Kinder aus gest. F. ($p < 5{,}00\%$)
(2) " " " " " " " " " ($p < 0{,}27\%$)
(3) " " " " " " " " " ($p < 1{,}00\%$)
(4) " " " " " " " " " ($p < 5{,}00\%$)

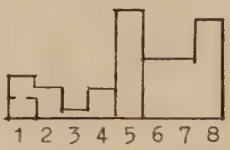
Figur zu Tabelle 2 und 5

1 Erziehungsschwierigkeiten
2 Diebstahl und Naschen
3 Aggressivität
4 motorische Unruhe, Konzentrationsstörung
5 Enuresis
6 Angst und Zwang
7 Kopfweh
8 Stottern



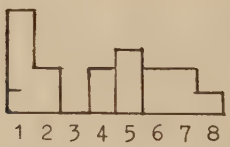


Kinder aus gestörten Familien

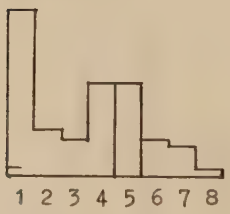


Kinder aus vollständigen Familien

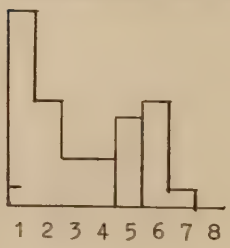
Kinder mit mehrfachem Wechsel



Halbwaisen bei der Mutter

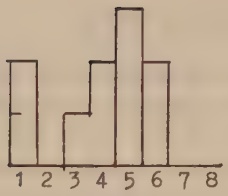


Heimkinder

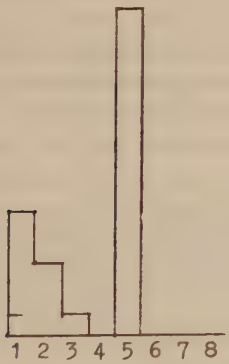


Kinder bei den Großeltern

Scheidungswaisen bei der Mutter



Uneheliche bei der Mutter



Kinder mit Stiefvater

Kinder mit Stiefmutter

Adoptivkinder

Vergleich der Einweisungsgründe bei den Gruppen unterschiedlicher Familienformen (Tab. 3)

Halbwaisen bei der Mutter:

Die relativ kleine Zahl dieser Kinder (26) erlaubt keine zahlenmäßig - statistische Auswertung auf Signifikanzen. Es fällt jedoch auf, daß die Zahl der Enuretiker gering ist (3). Der Anteil der Kinder mit Erziehungsschwierigkeiten ist eher niedrig (5), außerdem findet sich hier einer der wenigen Stotterer (bei einem Kind trat Stottern als Begleitsymptom auf), damit ist die Verteilung der Einweisungsgründe der bei den Kindern aus vollständigen Familien angenähert, was am deutlichsten bei der graphischen Darstellung zum Ausdruck kommt.

Die Witwenfamilie unterscheidet sich von den übrigen unvollständigen Mutterfamilien dadurch, daß sie keiner moralischen Diskriminierung ausgesetzt ist, und daß die Kinder bis zum Tod des Vaters in einer regelrechten Familie gelebt haben. Das Vaterbild bleibt erhalten und wird eher idealistisch überhöht.

L. STAMPFLI (26) findet bei auffälligen Vaterwaisen stets weitere ungünstige Faktoren. L. BRUNN (6) findet bei einer Fragebogenaktion an Kieler Lehrer über ihre Schüler bei allen Formen gestörter Familien außer bei den Vaterwaisen mehr "Störer" und "Erziehungsberatungsfälle", bei den Vaterwaisen ist nur die Zahl der Erziehungsberatungsfälle geringfügig erhöht. Das läßt sich wahrscheinlich damit erklären, daß alleinstehende Mütter oft unsicher sind und sich bei der Erziehungsberatungsstelle lediglich die Bestätigung holen wollen, daß sie keine groben Erziehungsfehler gemacht haben.

Scheidungswaisen bei der Mutter:

Hier finden sich signifikant mehr Enuretiker (10 von 23) als bei den übrigen Kindern aus gestörten Familien. Sonst sind, allerdings der allgemeinen Tendenz folgend, bei den Jungen die Schulschwierigkeiten vermehrt (4 von 15), bei den Mädchen die Fälle mit Angstzuständen (3 von 8).

Für die Familie der geschiedenen Frau mit ihren Kindern ist charakteristisch, daß sie trotz ihrer Unvollständigkeit bereits eine Form der Reparatur darstellt. HAFFTER (14) konnte feststellen, daß die Mehrzahl der von ihm untersuchten Kinder aus geschiedenen Ehen die Scheidung retrospektiv als das Ende eines schlimmeren Zustandes bezeichnet hat. Die Situation der geschiedenen Frau bietet mehr Konfliktmöglichkeiten als die der Witwe, da die Auseinandersetzung mit dem Vater bei Besuchen weitergeführt und oft auf dem Rücken

der Kinder ausgetragen wird. Die vermehrte Beobachtung von Angstzuständen könnte hier eine Erklärung finden.

Das sehr häufige Auftreten von Enuresis (10 von 23) bei den Scheidungswaisen läßt sich im Sinne der Regression erklären: die Kinder könnten sich von Seiten des Vaters beunruhigt fühlen und versuchen, eine frühere Beziehung zu der Mutter wieder herzustellen, bei der der Vater noch keine Rolle spielte. Entsprechendes ist bei den Kindern mit Stiefvater denkbar, unter denen noch mehr Enuretiker sind (13 von 21).

G. SCHREIBER (25) gibt eine abweichende Deutung für häufiges Auftreten von Enuresis bei Scheidungswaisen: die übermächtige geschiedene Mutter klammert sich an das Kind, macht es frühreif und ängstlich, das Kind protestiert dagegen mit Enuresis; oder das zu wenig geliebte Kind einer zu viel beschäftigten Mutter will Zuneigung durch Enuresis erzwingen. Diese beiden Entstehungsweisen der Enuresis müßten sich aber im gleichen Ausmaß bei Halbwaisen und Unehelichen beobachten lassen, was in unserem Material nicht der Fall ist.

Uneheliche Kinder bei der alleinstehenden Mutter:

Nur einem kleinen Teil der unehelichen Mütter ist es möglich, ihre Kinder überwiegend selbst aufzuziehen (in unserem Material 10). Diese Kinder zeigen gegenüber der Gesamtheit der Kinder aus gestörten Familienverhältnissen keine verwertbare Abweichung in der Verteilung der Einweisungsdiagnosen.

Scheidungswaisen und Halbwaisen beim nicht wiederverheirateten Vater sind so selten (4), daß eine statistische Auswertung nicht möglich ist.

Stiefmutterkinder:

Diese Kinder (14) zeigen gegenüber der Gesamtheit der Kinder aus gestörten Familienverhältnissen praktisch keine Abweichung in der Verteilung der Einweisungsgründe, lediglich 3 Fälle mit motorischer Unruhe fallen als etwas vermehrt auf. Sehr auffallend ist allerdings die Geschlechtsverteilung, es sind gleich viel Mädchen wie Jungen. H. KÜHN (18) beschreibt bei den Stieftöchtern häufige Eifersucht gegenüber der Stiefmutter, die daraus folgenden Störungen könnten den hohen Anteil der Mädchen erklären. Auch HAFFTER (14) beschreibt das Verhältnis Stiefmutter - Tochter als schlechter als das Verhältnis Stiefmutter - Sohn. Es fällt jedoch auf, daß bei den Stiefvaterkindern die Mädchen gegenüber den Jungen überwiegen. Allerdings sind beide Abweichungen vom gewöhnlichen Verhältnis 2 Jungen : 1 Mädchen statistisch nicht signifikant.

Da bei 9 Kindern eine Scheidung, gewöhnlich mit Zuteilung an den Vater, vorausging, 2 Mütter Suicid begingen und nur die Mütter von 3 Kindern durch Krankheit oder Unfall starben, liegt die Vermutung nahe, daß bei den meisten dieser Kinder die Ursache der Störung vor dem Auftreten der Stiefmutter gesucht werden muß und am ehesten in einer unzureichenden Versorgung durch die erste, leibliche Mutter begründet sein könnte. Motorische Unruhe bzw. Konzentrationsstörung in einem Ausmaß, daß sie als Einweisungsgrund genannt wird, ist im vorliegenden Gesamtkollektiv sonst bei solchen Kindern signifikant häufiger, die ihr erstes Lebensjahr in einem Heim zugebracht haben und in dieser Zeit sicher keinen ausreichenden Mutterersatz hatten. Vgl. "Heimkinder".

Stiefvaterkinder:

Hier ist das Geschlechtsverhältnis, das sonst bei psychisch gestörten Kindern ziemlich konstant 2 : 1 ist, gerade umgekehrt (vgl. Stiefmutterkinder).

Unter den Stiefvaterkindern sind die Enuretiker häufiger als in allen anderen Gruppen (13 von 21).

Die Stiefvaterkinder, auch die unehelich geborenen und die verwaisten, haben mit den Scheidungswaisen bei alleinstehender Mutter gemeinsam, daß sie keine stabile Vaterfigur haben und dadurch entstehende Schwierigkeiten in der Beziehung zur konstant vorhandenen eigenen Mutter ausdrücken können. Von besonderer Bedeutung ist vermutlich auch eine hier oft anzutreffende unbewußte Ablehnung des Kindes durch seine Mutter, die in der neuen Ehe die Brücken zur Vergangenheit abbrechen möchte, woran sie das Kind aus dieser Vergangenheit hindert. CH. HOENIG (17) und HAFFTER (14) stellen fest, daß der Stiefvater selten voll in die Familie integriert wird und dadurch die Erziehungssituation besonders für die Jungen mangelhaft bleibt. In unserer Gruppe von Stiefvaterkindern handelt es sich allerdings überwiegend um Mädchen. Auch die Stiefvaterkinder unseres Kollektivs stammen, wie die Stiefmutterkinder, meist nicht aus normalen Familien. 6 sind unehelich geboren, 12 sind Scheidungswaisen, nur bei 2 ist der Vater gestorben, davon bei einem Kind schon während der Schwangerschaft.

Die Enuretiker unter den Stiefvaterkindern sind nach der Herkunft gleichmäßig verteilt, ihre hohe Zahl kann nicht damit erklärt werden, daß besonders viele dieser Kinder eine Scheidung miterlebt haben.

Großelternkinder:

Die Großelternkinder (insges. 35) zeigen viel Erziehungsschwierigkeiten (13) und Diebstähle (einschl. Naschen) (7). Fälle mit Angstzuständen sind hier

signifikant häufiger (7) als bei den übrigen Kindern aus gestörten Familienverhältnissen.

Die hohe Anzahl der Kinder mit Erziehungsschwierigkeiten und Diebstählen, weniger deutlich der Kinder mit Aggressivität stellen die Großeltern kinder in die Gruppe der Kinder mit häufigem Wechsel der Umgebung. Großeltern erziehen ihre Enkel selten ganz allein, und so unterliegen diese Kinder meist verschieden ausgerichteten Entwicklungstendenzen. Man kann auch häufig beobachten, daß Großeltern im Umgang mit ihren Enkeln nicht mehr die instinktive Sicherheit aufbringen, die sie im Umgang mit ihren eigenen Kindern hatten. Schließlich fallen Großeltern häufig durch Krankheit oder Alter in der Erziehung aus, bevor die Enkel erwachsen sind. Alles das erschwert die soziale Einordnung.

Nur die Scheidungswaisen bei der alleinstehenden Mutter haben einen ähnlich hohen Anteil (4 von 23) an Kindern mit Angstzuständen und Zwängen, im übringen sind Angstzustände und Zwänge bei Kindern aus gestörten Familien eher seltener (19 von 240) als bei Kindern aus vollständigen Familien. SCHEIDEMANN und RAMBACH (24) fanden bei ihrer Untersuchung psychisch gestörter Kinder bei Erziehung durch die Großeltern etwas vermehrt "Ängstliche" und am meisten "Scheue". DÜHRSSEN (9) erklärt die Entstehung neurotischer Angst bei Kindern durch Jähzorn bei der Erziehungsperson auf dem Untergrund gutmütiger Verhaltensweise, also sehr inkonsequenter Erziehungshaltung einer Person.

Adoptivkinder:

Diese Gruppe zeigt den höchsten Anteil an Kindern mit Erziehungsschwierigkeiten (7 von 11), was allerdings bei der geringen Gesamtzahl statistisch nicht gesichert werden kann. Von den hier erfaßten Kindern wurde keines sofort nach der Geburt von den Adoptiv-Eltern aufgenommen, fast alle haben längere Heimaufenthalte hinter sich.

Pflegekinder:

Ihre Zahl (5) ist für eine statistische Auswertung viel zu klein, auch Tendenzen lassen sich nicht vermuten.

Heimkinder:

Auch in dieser Gruppe werden Erziehungsschwierigkeiten besonders häufig als Einweisungsgrund genannt (18 von 57), daneben fällt auf, daß motorische Unruhe (mit Konzentrationsstörung) häufiger als in anderen Gruppen vor-

kommt (10`. Bei getrennter Betrachtung der Kinder, die das 1. Lebensjahr im Heim zugebracht haben, zeigt sich, daß motorische Unruhe hier signifikant häufiger genannt wird als bei den übrigen Kindern aus gestörten Familien. Von den 10 Heimkindern mit motorischer Unruhe waren 7 sicher im 1. Lebensjahr im Heim, eines kam mit 1 1/2 Jahren ins Heim, von einem Unehelichen ist der Aufenthalt im 1. Lebensjahr nicht bekannt, und nur bei einem der betroffenen Heimkinder ist sicher, daß es zunächst in einer vollständigen Familie aufwuchs und erst später in ein Internat kam.

DÜHRSSEN (9) unterscheidet zwei wesentlich unterschiedliche Entstehungsweisen gesteigerter motorischer Unruhe. Die eine wurde besonders bei den Kindern der Kriegs- und Nachkriegszeit beobachtet und in Zusammenhang mit der Ruhelosigkeit und Aufregung der Mütter gebracht. Die andere Form, die sich in der vorliegenden Arbeit vermehrt abzuzeichnen scheint, wird in gleicher Weise wie die Jactationen, die von SPITZ und anderen bei Heimkindern beobachtet wurden, als Kompensationsversuch fehlender zärtlicher Zuwendung gedeutet. Vgl. auch "Stiefmutterkinder".

Mehrfacher Wechsel:

In dieser Gruppe sind Erziehungsschwierigkeiten (17 von 34), Diebstahl und Naschen (9) und besonders Aggressivität (5) häufige Einweisungsgründe; es scheint, als seien hier die Besonderheiten der Kinder aus gestörten Familienverhältnissen besonders deutlich ausgeprägt.

L. PONGRATZ (22) findet bei einer Untersuchung von Prostituiertenkindern bei häufigem Wechsel der Umgebung fast alle Störungen vermehrt, ausgenommen Ängste, Enuresis und Daumenlutschen.

Geschlechtsunterschiede (Tab. 2):

Beim Vergleich aller Jungen und aller Mädchen aus gestörten Familien ergeben sich bei Schulschwierigkeiten deutliche, bei Angstzuständen und Zwängen weniger ausgeprägte Unterschiede, die allerdings alle nicht statistisch signifikant sind. Dabei sind Schulschwierigkeiten bei Jungen relativ häufiger (26 von 144) gegenüber bei den Mädchen (9 von 96), bei Mädchen werden Kopfweh (6 von 96 gegenüber 3 von 144 bei Jungen), Angstzustände und Zwänge (9 von 96 gegenüber 9 von 144 bei Jungen) häufiger angegeben.

Bei den einzelnen Familienformen fällt auf, daß gerade bei den Gruppen mit besonders viel Enuretikern (Scheidungswaisen, Stiefvaterkindern) unter den Jungen mehr Enuretiker sind als unter den Mädchen.

Einteilung nach Aufenthalt im 1. Lebensjahr:

Hier war der einzige statistisch signifikante Befund der hohe Anteil von Kindern mit motorischer Unruhe bzw. Konzentrationsstörung bei Heimaufenthalt im 1. Lebensjahr (10 von 33 gegenüber 27 von 240 bei allen Kindern aus gestörten Familien und 14 von 254 bei Kindern aus vollständigen Familien). Vgl. "Heimkinder".

ZUSAMMENFASSUNG

Die Manifestationsformen psychoreaktiver Störungen bei Kindern aus nicht normalen Familien wurden auf statistische Weise auf Zusammenhänge mit der Art der Störung der Familie untersucht.

Dabei fanden sich bei Kindern aus gestörten Familien signifikant mehr Erziehungsschwierigkeiten, Diebstähle und Naschen, Aggressivität, motorische Unruhe und Konzentrationsstörungen, Weglaufen, signifikant weniger Stottern, Kopfschmerzen, Autismus als bei Kindern aus vollständigen, ungestörten Familien.

Insgesamt erscheinen bei Kindern aus gestörten Familien die Formen offener Dissozialität häufiger und die neurotischen Störungen seltener, eine nicht stabile Umgebung erschwert offensichtlich die Erziehung zur sozialen Anpassung. Dabei scheint die Störung der Familie durch den Tod des Vaters die am wenigsten gravierende zu sein, während die dissozialen Verhaltensweisen bei Kindern mit völligem Wechsel der Umgebung (z.B. Adoptivkindern) besonders häufig sind.

Enuresis war signifikant häufiger bei Scheidungswaisen, die bei der alleinstehenden Mutter aufwachsen und bei Stiefvaterkindern. Hier bietet sich eine tiefenpsychologische Erklärung an, wenn man nicht die äußere Familiensituation, sondern die damit häufig verbundene innere Einstellung der Umgebung, besonders der Mutter, berücksichtigt.

Daß motorische Unruhe und Konzentrationsstörung besonders häufig bei Kindern festzustellen ist, die das 1. Lebensjahr im Heim zugebracht haben, bestätigt nur die vielfachen Beobachtungen frühkindlicher Frustration bei Heimkindern.

Überhaupt erscheint es notwendig, abschließend darauf hinzuweisen, daß solche statistischen Untersuchungen für den Einzelfall von sehr beschränkter Bedeutung sind. Die hier gemachten Beobachtungen enthalten vor allem den Fehler der ausgewählten Gruppe - die Auslese, die durch eine jugendpsychiatrische Klinik und Ambulanz gegeben ist - und könnte erst durch weitere ähnliche Untersuchungen an anderen Gruppen, auch an Erwachsenen, Beweiskraft erhalten. Zu solchen ergänzenden und erweiternden Untersuchungen soll diese Arbeit anregen.

LITERATURVERZEICHNIS

1 BECK, D. und R. LEMPP: Die Bedeutung nicht normaler Familienverhältnisse für die Entstehung und Art psychoreaktiver Störungen. Z. Psychother. med. Psychol. 19, 1 - 11 (1969).

2 BECK, S. und R. LEMPP: Über die Beziehungen zwischen der Stellung in der Geschwisterreihe und dem Auftreten psychoreaktiver Störungen.
Diss. Tübingen 1964.

3 BECK, S. und R. LEMPP: Die Bedeutung der Stellung in der Geschwisterreihe für Entstehung und Art psychoreaktiver Störungen.
Z. Psychother. med. Psychol. 15, S. 4 (1965).

4 BENNETT, I.: Delinquent and neurotic children. Zit. nach SCHÜLER-SPRINGORUM: Sozial auffällige Jugendliche.
München: Juventa 1964.

5 BINDER, H.: Die uneheliche Mutterschaft.
Bern: Huber 1941.

6 BRUNN, L.: Statistische Erhebungen an 1291 Kieler Schulkindern einer gemischten Volks- und Mittelschule aus der Sicht der Erziehungsberatung.
Prax. K.psychol. 6, S. 261 - 265 (1957)

7 BUSEMANN, A.: Die Schultüchtigkeit nicht volleltriger Kinder.
Z. K.forsch. 35, S. 17 - 31 (1929)

8 DÜHRSSEN, A.: Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung.
Göttingen: Verl. f. Med. Psychol. 1958.

9 DÜHRSSEN, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.
5. Aufl. Göttingen: Verl. f. Med. Psychol. 1965.

10 DUPIUS, L.: Die Unehelichkeit.
Beitr. z. Sex.forsch. 13, S. 55 - 67 (1958).

11 FUHLENDORFF, H.: Die Jugendkriminalität nach dem Kriege.
Diss. Hamburg 1960.
Zit. nach SCHÜLER-SPRINGORUM: Sozial auffällige Jugendliche.
München: Juventa 1964.

12 GREGORY, I.: Anterospective data following childhood loss of a parent.
Delinquency and high school dropout. Arch. gen. Psychiatr.
13, S. 99 - 109 (1965).

13 GROTH, S.: Kinder ohne Familie. Das Schicksal des unehelichen
Kindes in unserer Gesellschaft.
München: Juventa 1964.

14 HAFFTER, C.: Kinder aus geschiedenen Ehen.
3. Aufl. Bern und Stuttgart: Huber 1962.

15 V. HARNACK, A.: Nervöse Verhaltensstörungen beim Schulkind.
Stuttgart: Thieme 1958.

16 HAU, T.F. und A. RÜPPELL: Zur Familienkonstellation bei psycho-
somatisch Erkrankten.
Z. Psychother. med. Psychol. 16, S. 211 - 219 (1966).

17 HOENIG, CH.: Die Stiefelternfamilie.
Z. K. forsch. 35, S. 187 - 331 (1929).

18 KÜHN, H.: Psychologische Untersuchungen über das Stiefmutterproblem.
Z. f. angew. Psychologie. Beiheft 45 Leipzig 1929.

19 LEMPP, R.: Frühkindlicher Hirnschaden und Neurose.
Bern und Stuttgart: Huber 1964.

20 LUTZ, J.: Langfristig beobachtete Lebensläufe psychiatrisch auffälliger
Kinder.
In: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete.
Band 5. Bern und Stuttgart: Huber 1967.

21 MEYERHOFER, M. und W. KELLER: Frustration im frühen Kindesalter
Bern und Stuttgart: Huber 1966.

22 PONGRATZ, L.: Prostituiertenkinder.
Stuttgart: Fischer 1964.

23 SCHADENDORFF, B.: Uneheliche Kinder.
München: Barth 1964.

24 SCHEIDEMANN, I. und H. RAMBACH: Die Bedeutung der Milieuschädigung für die kinderpsychiatrische Klinik.
Psychiatr. Neurol. med. Psychol. 15, S. 178 - 185 (1963).

25 SCHREIBER, G.: Entwicklung und Erziehungsprobleme von Kindern geschiedener Ehen.
Prax. K. psychol. 3, S. 53 - 63 (1954).

26 STAMPFLI, L.: Die unvollständige Familie.
Zürich: Regio 1951.

27 THOMAE, H.: Entwicklung und Prägung.
In: Handbuch der Psychologie Bd. 3: Entwicklungspsychologie 2. Aufl.
Göttingen Verl. f. Med. Psychol. S. 271 (1959).

28 WINKLER, K.H.: Die Beziehungen zwischen frühkindlichem Hirnschaden und Neurosen im Kindes- und Jugendalter.
Z. Psychother. med. Psychol. 12, S. 1 (1962)

Meinen besonderen Dank schulde ich Herrn Prof. Dr. R. Lempp für die Anregung zu meiner Arbeit, für die tatkräftige Unterstützung und die außerordentlich rasche Durchsicht.

Herrn Prof. Dr. W. Schulte danke ich herzlich für die Arbeitsmöglichkeit in seiner Klinik und die Übernahme des Referats.

Lebenslauf

Am 11. September 1936 wurde ich, Doris Beck, als Tochter des Apothekers Theodor Beck und seiner Ehefrau Helene geb. Stöckle in Stuttgart geboren.

Im Frühjahr 1955 bestand ich das Abitur am Königin-Olga-Stift in Stuttgart. Nach zweijährigem Praktikum in Stuttgart studierte ich in Tübingen Pharmazie und bestand dort das pharmazeutische Staatsexamen im Frühjahr 1960. Danach arbeitete ich in öffentlichen Apotheken.

Ab Herbst 1961 studierte ich in Freiburg i.Br. Medizin, ging nach dem im Sommer 1963 bestandenen Physikum nach Zürich und beendete das Studium in Tübingen, wo ich im Januar 1967 das medizinische Staatsexamen bestand. Ich arbeitete dann als Medizinalassistentin an der Medizinischen Poliklinik Tübingen, den Bodelschwinghschen Anstalten Bethel, dem Furtbachkrankenhaus in Stuttgart, der Städt. Frauenklinik Esslingen und dem Tropenheim Tübingen.

Die Approbation erhielt ich zum 1. April 1969.